



TITLE:

学会抄録 第165回日本泌尿器科学 会関西地方会

AUTHOR(S):

CITATION:

学会抄録 第165回日本泌尿器科学会関西地方会. 泌尿器科紀要 1999,
45(10): 733-739

ISSUE DATE:

1999-10

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/114131>

RIGHT:

学会抄録

第165回 日本泌尿器科学会関西地方会

(1998年12月12日(土), 於 草津サンサンホール)

転移性副腎腫瘍の1例：土橋正樹，岡本雅之，原 勲，藤澤正人，郷司和男，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大），埴岡啓介（同病理），山道 深（原泌尿器科） 51歳，男性。1996年11月肺癌にて右肺部分切除術施行。病理診断は低分化型腺癌（pT1N0M0, stage I）であった。1998年6月人間ドックの腹部超音波検査上，左副腎に腫瘤を認めたため当科入院となった。入院時検査成績では内分泌学的検査に異常を認めなかったが，CEA 100.8（＜5.0）であった。腹部CTでは左副腎部に11×7.5×8 cmの大造影効果のない辺縁不整な充実性腫瘤を認め，内分泌非活性型副腎腫瘍の診断にて1998年8月全麻下，経腹的に左副腎摘除術を施行した。摘除標本は410 gで副腎組織中に腺癌の転移を認め，肺，副腎ともCEA免疫染色陽性となる腫瘍細胞を認めた。術後3カ月を経過し再発，転移はなく生存中で，CEAも正常に復している。臨床例において肺癌の副腎転移巣を切除しえた例は少なく，本邦では14例目であった。

内科的治療中に脳出血をきたし手術した原発性アルドステロン症の1例：尼崎直也，林 泰司，吉岡伸浩，西岡 伯，秋山隆弘，栗田孝（近畿大），三浦浩介，中村雄作（国立泉北神経内科） 症例は52歳，女性。1998年7月，左腰部部痛を主訴に国立泉北病院神経内科を受診した。既往歴として1984年アルドステロン症と診断され抗アルドステロン剤の内服治療を開始していた。1993年，47歳時に脳出血をきたし，保存的治療が行われていた。CTにおいて径約2 cmの左副腎腫瘍がみられ，1984年のCTでも同腫瘍がみられていた。当科に腫瘍の精査加療を目的とし紹介され，左副腎摘除術を施行した。病理組織診断は腺腫であった。術後に血圧，血清カリウム値は正常化した。本症例は47歳という若年での脳出血の原因としてアルドステロン症による高血圧の関与が強く考えられた。さらに，このような片側の副腎腺腫の場合には積極的な手術加療が望まれる。

Cushing 症候群を呈した副腎 black adenoma の1例：樋口喜英，宮本 賀，野島道生，薮元秀典，島 博基（兵庫医大） 51歳，女性。主訴は全身の脱力と腰痛。脊椎圧迫骨折にて受診。中心性肥満，満月様顔貌，高血圧，糖尿病，意識レベル低下も認めた。CRH，ACTHは低値，cortisol，尿中17-OHCS，尿中 cortisol は高値を示し，尿中17-KSは正常値であった。デキサメサゾン抑制試験で抑制を認めず，MR-CTで左副腎に径2 cmの腫瘤を認め，¹³¹I-アドステロール副腎シンチで左副腎のみが描出された。左副腎静脈血のcortisolは著明に上昇していた。左副腎腺腫によるCushing 症候群と診断し，左副腎摘出術を施行。腫瘍は2.5×2.0×2.0 cm，12 gで，断面は均一で黒褐色を呈していた。腫瘍細胞はcompact cellが主体で，細胞内の豊富な色素顆粒はリポフスチン顆粒と考えられた。内分泌症状を呈す副腎 black adenoma は比較的少なく，自験例は本邦報告44例目であった。

無症候性に発見されたドーパミン産生右副腎褐色細胞腫の1例：南口尚紀，乾 恵美，温井雅紀（公立南丹） 66歳，女性。慢性関節リウマチ，間質性肺炎にて入院中，撮影した胸部CT検査にて右後腹膜腫瘍を認め，精査のため当科紹介となった。血圧正常であったが，血中・尿中ドーパミン，血中VMAが異常高値を呈し，¹³¹I-MIBGシンチで，腫瘍部の異常集積を認めた。画像検査上，転移は認めず，右副腎に発生した神経組織を発生母地とする腫瘍と考え，副腎摘除術を施行した。腫瘍摘出前後で血圧の変動は認められなかった。術後病理診断は，褐色細胞腫であった。高血圧症状を示さないことから，無症候性褐色細胞腫と診断された。カテコラミンのうちドーパミンのみ高値を示す褐色細胞腫の報告は稀であった。現在術後3カ月が経過しているが，血中・尿中カテコラミンはすべて正常で，¹³¹I-MIBGシンチにおいても明らかな転移，再発は認められていない。

腎 Leiomyomatous hamartoma の1例：大橋康人，田口 功，上野康一（県立淡路） 46歳，女性。1993年11月から左憩室内結石にて

フォローアップ中であった。1997年10月IVP，RPにて右腎盂の陰影欠損，CT，MRIにて3×1.5 cmの腫瘤を認めた。右腎盂尿細胞診，同擦過細胞診の結果は陰性であった。1998年2月入院の上で右尿管鏡検査施行，右腎盂内に白色調の隆起性病変を認め粘膜生検施行したが悪性所見は認めなかった。同年4月右腎摘除術施行。摘出腎の腫瘍の病理診断はLeiomyomatous hamartomaであった。術後8カ月経た現在，再発は認めていない。Leiomyomatous hamartomaの症例は稀であり本邦では13例の報告を認めるのみであったので若干の文献的考察を加え報告した。

気腫性腎盂腎炎とDICを認めた右サング状結石の1例：若杉英子，山手貴昭，尼崎直也，西岡 伯，朴 英哲，秋山隆弘，栗田 孝（近畿大），福井淳一（阪和），米田幸生，西本憲一（府中） 21歳，女性。1996年から右腎結石に対して5回ESWLを施行後，他院にて1回ESWLを施行。その後腎盂腎炎とDICを併発した。軽快後，さらに2回ESWLを施行。その際にも敗血症，DICを併発した。残石に対して，右腎切石術を施行し，摘出した結石はCaPを含む軟結石であった。術後経過は順調であった。本症例においては排石傾向のないままにESWLを繰り返し施行したことが，結果的にendourologyにバトンタッチする機会を逸することになった原因と考えられる。今回の経験から，尿路結石症の治療としてESWL，endourology，open surgeryを考える際には臨機応変に対応する必要があることを痛感した。

腎盂腎炎からのエンドトキシンショックに対しトレミキシンが有効であった1症例：李 昌治，土田健司，武本佳昭，内田潤次，仲谷達也，山本啓介，岸本武利（大阪市大） 59歳，男性。52歳時，膀胱腫瘍に対して膀胱全摘およびコックパウチ形成術施行。1998年1月右肺扁平上皮癌に対し化学療法開始後5日目に39度の発熱，腰部部痛，尿量減少，尿混濁を認め，両側水腎症を伴う腎盂腎炎を発症した。同日経皮的両側腎瘻造設術を施行したが，翌日血圧50 mmHgまで下降，38度の発熱，白血球減少を認め敗血症性ショックに陥った。エンドトキシン49 pg/mlと高値，カテコールアミン投与にも反応が悪いため，トレミキシンカラムを用いた直接血液灌流によるエンドトキシン吸着を施行した。3時間の吸着の結果，ショック状態より離脱した。2日後，エンドトキシン濃度は感度以下となり，5日後にはカテコールアミンも中止できた。15日後，腎瘻抜去可能となり，その後軽快した。

尿管腫瘍との鑑別が困難であった腎結核の1例：山本広明，望月裕司，米田龍生，影林頼明，大園誠一郎，平尾佳彦（奈良医大） 44歳，男性。右腰部部痛を主訴を近医受診し，精査目的に1998年7月6日当科を紹介受診。クレアチニンの軽度上昇と顕微鏡的血尿以外に異常なく，尿・喀痰の抗酸菌塗抹・培養検査も陰性であった。種々の画像診断にて上腎杯が造影不良な右水腎症と，右上部尿管，下部尿管に狭窄を認めたため，下部尿管狭窄部を尿管鏡下に生検した。病理組織診断にて移行上皮癌と診断し，1998年8月11日右腎尿管全摘除術を施行した。摘出腎の上腎杯に囊胞状病変を，摘出尿管には結節性病変を認めた。病理組織にて腫瘍細胞を認めず，乾酪壊死・ラングハンス巨細胞などを認め，腎・尿路結核と診断した。EB・RFP・INHの3剤併用療法を継続中である。以上の症例報告を行うとともに，尿管鏡下生検の精度につき考察した。

自然破裂をきたしたPringle病に合併した両側腎血管筋脂肪腫の1例：佐藤 暢，石田裕彦，東勇太郎，細井信吾，川瀬義夫，山崎 悟，岩元則幸（京都第一赤十字） 23歳，女性。幼少時より癲癇発作の既往があるが精神発達遅滞は認めない。顔面両頬部に皮疹を認め，同様の皮疹を母親にも認めている。1998年7月15日突然の右下腹部痛を主訴に当院を受診。CTにて両側腎腫瘍と右腎腫瘍の破裂を認めた。各種画像検査，腎腫瘍および顔面皮疹の病理学的検査により

Pringle 病に合併した両側腎血管筋脂肪腫と診断した。出血は保存的に加療したが、再破裂の可能性も考え、両側腎腫瘍に対して二期的に超選択的腎動脈塞栓術を施行した。治療効果は良好であり、腎機能も保全しえた。ただし、塞栓術による治療の場合、再発や悪性腫瘍の合併の可能性も考慮し今後厳重な観察が必要であると考えられた。

著明な腎外発育を呈した腎血管筋脂肪腫の1例：山本浩介，岩崎比良志，中ノ内恒如，中村雅至，浮村 理，河内明宏，小島宗門，三木恒治（京府医大），荒木博孝（済生会滋賀） 28歳，女性。近医にて急性肺炎，胆囊炎の経過観察中，1998年6月頃より37度台の発熱を認め，CTにて左腎上極に著明な腎外発育を呈する腫瘍性病変を認めた。1998年7月17日，当科紹介。超音波，CT，MRI，血管造影などの画像診断にて左腎血管筋脂肪腫と診断した。1998年8月19日，全身麻酔下に，左腎部分切除術を施行した。到達法は経胸腹的に行った。また，マイクロターゼを用い，非阻血にて腎部分切除が可能であった。摘出標本は，重量 800 g，径 10 cm の充実性腫瘍であった。病理診断は，腎血管筋脂肪腫であった。術後4カ月を経過し，再発，転移はなく生存中である。大きな腎血管筋脂肪腫であったが，著明な腎外発育を呈し，腎門部と離れていたため，腎部分切除が可能であった。

Bellini 管癌の1例：稲垣 武，萩野恵三（和歌山医大） 61歳，男性。主訴は左腎腫瘍性病変の精査。1998年2月，近医で左腎の腫瘍性病変に対し施行された fine needle aspiration biopsy にて腎細胞癌が疑われたため，精査加療目的で当科に入院となった。各種画像にて左腎中央部に直径 3 cm 大の腫瘍性病変と腎門部に転移性リンパ節が認められた。血管造影では avascular であった。根治的左腎摘除術および腎門部リンパ節廓清術を施行した。病理組織学的に pT2N1M0 と診断された。HE 染色にて Collecting duct に発生した腫瘍が強く示唆されたため特殊免疫染色を施行した。LMI に対し陰性で，ビメンチン，EMA および高分子サイトケラチンに対し陽性であり，Bellini 管癌と診断した。術後 M-VAC を計3クール施行し退院したが，術後6カ月左腸骨部に転移が認められた。

腎盂腫瘍との鑑別が困難であった嫌色素細胞性腎癌の1例：魚川礼子，杉 素彦，土井俊邦，川喜田陸司，三上 修，松田公志（関西医大），岡村明治（同病理） 症例は61歳，男性。既往歴，高血圧。主訴，肉眼的血尿。1998年4月頃より間欠的に肉眼的血尿，排尿時痛あるも放置。7月5日近医受診，DIP にて左腎が描出されなかったため当科紹介受診。CT で左腎盂・上部尿管内から腎実質に及ぶ 6×4 cm の腫瘍を認めた。尿細胞診陽性にて腎盂腫瘍と診断し左腎尿管全摘除術を施行した。腫瘍は腎実質から腎盂粘膜に達し腎盂尿管移行部で尿管内に突出しており，腫瘍の断面はページェを呈していた。HE 染色では胞体が淡明な中型の細胞よりなり，コロイド鉄染色陽性であったため嫌色素細胞性腎癌と確定した。病理学的には Chromophobe cell renal carcinoma, typical variant, G2>G3, INFα, pT2, pN0 であった。術後3カ月を経過し再発，転移はなく経過は良好である。

両側眼窩内転移をきたした腎細胞癌の1例：前田康秀，若林賢彦（高島総合），市川正春（同脳神経外科），吉本 充（大野記念） 62歳，男性。1993年7月，前医にて左腎腫瘍（T2N0M0）に対し，経腹式根治的左腎摘除術を施行された。病理診断は，腎細胞癌，mixed type, common type, clear cell subtype, G2>1, INFα, pT2, pV0 であった。術後インターフェロンα 500万単位を4週間投与された。転居に伴い当科に紹介され，再発転移なく経過していたが，1997年7月，食欲不振となり，同時に，右眼球の突出を認めた。CT，MRI にて両側眼窩内，右側脳室内，対側右腎に腫瘍を認めた。右眼は閉眼困難と著しい視力低下を伴っていたため，同年9月，右眼窩内腫瘍を摘除した。組織学的に既往の腎癌と類似の所見であり，腎癌の眼窩内（外眼筋）転移と診断した。1998年8月，大腿骨転移をきたした。左眼窩，右腎転移巣は増大している。1998年12月現在，疼痛緩和治療を施行中である。

大動脈瘤に合併した腎小細胞癌の1例：阪本祐一，李 勝，山崎浩（神戸労災） 76歳，男性。左側腹部鈍痛を主訴に1997年11月29日近医受診。腹部エコーにて左水腎症，後腹膜腫瘍を疑われ，精査加療目的にて12月10日当院に紹介入院。CT，MRI，血管造影施行。左腎腫瘍，腹部大動脈瘤にて，1997年12月全身麻酔下，経腹的に根治的左

腎摘出術，大動脈瘤人工血管置換術を施行した。摘除標本では，腫瘍は，約 7 cm の大きさで，内部壊死を一部に伴い淡赤色充実性腫瘍であった。病理診断は小細胞癌であり，肺よりの転移を示唆された。CT にて腫瘍像，縦隔リンパ節腫大を認め，気管支ファイバーによる生検では，小細胞癌を認めた。腎腫瘍は腎原発より，肺小細胞癌の左腎転移と考えられた。腫瘍の増大なく経過良好で化学療法予定であったが約5カ月後，突然死亡した。転移性腎腫瘍は，本邦にて116例目で，原発巣が肺のものでは43例目であった。

後腹膜線維症の1例：稲元輝生，東 治人，山本員久，和辻利和，日下 守，丸山栄典，右梅貴信，能見勇人，安倍弘和，古武嗣嗣，上田陽彦，勝岡洋治（大阪医大） 56歳，女性。主訴は食欲不振，全身倦怠感。近医で高窒素血症を指摘され，当科受診し，血液生化学上，軽度の炎症所見と腎機能の低下を認めた。画像診断では，L4～仙骨レベルに，尿管を巻きこむように存在する腫瘍を認め両側腎は水腎症を呈していた。腫瘍は，MRI 上，T1WI で筋肉と iso，T2WI で low intensity を呈し Gd-DTPA での造影効果は良好であった。悪性腫瘍との鑑別を目的として1998年1月，開腹生検を施行。術中組織診断の結果は線維症で，両側尿管を可及的に，剝離，内腹膜化した。術後，ステロイド療法を行い，2カ月目にて両側水腎症は改善し，腫瘍はほぼ消失した。

献腎移植患者に合併した原発性上皮小体機能亢進症の1例：杉本賢治，原 靖，江左篤宣，松浦 健（大阪通信），坂井雅美，岡本 茂（同病理），松本成史（近畿大） 症例は59歳，男性。慢性糸球体腎炎による腎不全により1981年3月より血液透析を導入された。1995年11月頃よりインタクト PTH の上昇が見られたため，保存的に経過観察されていた。1997年3月28日当科で献腎移植を施行した。術後経過に問題なかったが，徐々に血清 Ca 値およびインタクト PTH が上昇してきたため，頸部 CT，頸部エコーおよび MIBI シンチによる精査を進めたところ甲状腺右葉背側に長径 15 mm の SOL を認めた。上皮小体機能亢進症と診断し1998年8月21日に上皮小体摘除術を施行した。腺腫であった。また当科で4年間に外科的治療を行った22例の上皮小体機能亢進症についても報告する。

生体腎移植後に発症したアデノウイルス性出血性膀胱炎の1例：中村英二郎，奥野 博，杉野善雄，田上英毅，賀本敏行，寺井章人，寛善行，寺地敏郎（京都大），武田敏也，渡部仁美，小野孝彦，武曾恵理（同第三内科） 29歳，女性。腎移植後1年9カ月後に発熱，内眼的血尿，排尿時痛を主訴に受診。尿培養は陰性で，膀胱鏡にて出血性膀胱炎の所見を認めた。入院後血清クレアチニン値の上昇をきたしステロイドパルス療法を開始，移植腎生検も行ったが拒絶反応の所見は認めなかった。4週後，血清クレアチニン値は前値まで回復し軽快退院した。1カ月後，アデノウイルス血清中と抗体価が上昇し診断が確定した。腎移植後のアデノウイルス性出血性膀胱炎は30例の報告があり，1例の死亡例を除いて予後は良好であるが，25症例で腎機能低下が報告され注意が必要である。腎生検にて拒絶反応が認められた症例もあるが，原因が不明の場合も多く，今後の検討が必要である。

後腹膜腔に発生した脱分化型脂肪肉腫の1例：杉野善雄，中村英二郎，奥野 博，寺田直樹，北村 健，清川岳彦，水谷陽一，羽瀧友則，寛 善行，寺地敏郎（京都大） 76歳，男性。前立腺癌に対し根治的前立腺全摘除術施行後，PSA が再上昇し CT 検査施行。左後腹膜腔に径 8 cm の SOL を指摘され後腹膜悪性腫瘍の診断のもと摘出術を施行。病理診断は脱分化型脂肪肉腫であった。腫瘍の周囲に分化型脂肪肉腫も存在したため再度検討を行ったところ前立腺全摘除術以前より分化型脂肪肉腫が存在し，その一部が1年半後に脱分化したことが明らかとなった。術後4カ月の現在，再発は認めていない。脱分化型脂肪肉腫は転移は少ないが，8割以上の症例で再発が認められており，5年，10年生存率は75%，13%と比較的悪い。脱分化型脂肪肉腫は分化型脂肪肉腫の摘出後の再発の過程で発生することが多く，臨床経過から脱分化型脂肪肉腫の発生過程が示されたのは本例が本邦で初めてである。

後腹膜粘液産生囊胞状腺癌の1例：井上 均，曾我弘樹，友吉唯夫（豊郷），金 哲将，朴 勺，岡田裕作（滋賀医大） 65歳，女性。1996年8月発熱，嘔気を主訴に当科紹介受診。腹部右側に小児頭大の腫瘍を触知した。種々の画像検査より，右腎または後腹膜腔由来の巨

大嚢胞状腫瘍と診断した。1996年9月10日全身麻酔下に腫瘍摘除術を行った。腫瘍は周囲臓器（特に腸腰筋、下大静脈、回盲部腸管、右腎）と強く癒着していた。そのため腫瘍の剥離に際しては一部鋭的に切除せざるをえず、術中に嚢胞壁の一部が破裂し内容液が漏出した。摘除標本は重量 2 kg で腫瘍内部には泥状の液体 1,300 ml とゼラチン様物質を含んでいた。病理診断は後腹膜原発の粘液産生嚢胞状腺癌であった。術後27カ月を経過し、画像診断上、腫瘍の再発はなく生存中である。後腹膜粘液産生嚢胞状腺癌は稀で文献上9例目、本邦2例目であった。

後腹膜類表皮嚢胞の1例：松岡 徹，赤井秀行（清恵会），河村純（同外科），徳野恵津子（同放射線科） 症例は44歳，女性。1998年2月の人間ドックにて左側腹部腫瘍を指摘され，当科受診。CT MRI・超音波・血管造影・注腸造影などの諸検査にて，リンパ管腫あるいは大網・腸間膜由来の腸間膜嚢胞の診断にて同年5月腫瘍摘出術を施行。摘除標本は9×6×5 cm，100 g の内部に褐色泥状物を含む嚢胞であり，病理組織診断は後腹膜類表皮嚢胞であった。類表皮嚢胞は皮膚・卵巣・精巣に好発する良性的の嚢胞であるが，後腹膜腔に発生することは稀である。文献上検索しえた，後腹膜に発生した類表皮嚢胞4例に自験例を加えた5例について検討を加えた。なお本症例は術後7カ月の現在再発なく経過良好である。

移植腎機能廃絶後に認められた両側腎細胞癌の1例：奥見雅由，伊藤喜一郎，松岡庸洋，月川 真，藤本宜正，佐川史郎（大阪府立） 47歳，男性。1984年慢性腎不全にて血液透析導入。1985年12月母をドナーとして生体腎移植術施行したが，1996年1月移植腎機能廃絶により血液透析再導入した。再導入後のスクリーニングCTにて両側腎は多嚢胞化萎縮腎（ACDK）を示し，右腎上極に径3 cm 程度の充実性腫瘍を指摘され，1998年8月4日精査加療目的にて当科紹介入院となった。腎動脈造影にて両側腎腫瘍を認め，ACDK に発生した両側腎細胞癌と診断し，同年8月18日，経腹的アプローチにて両側腎摘除術を施行した。病理組織学的には両側共に腎細胞癌，alveolar type，granular cell subtype，G2，INFα，pT1，pV0 であった。そのため，術後の追加治療は行わず，同年9月3日略治退院となった。

巨大な腸腰筋膿瘍の1例：岩城秀出，梶田洋一郎，吉田 徹，森啓高，山内民男（北野） 57歳，男性。糖尿病の既往があったが放置。右腰背部痛を主訴に，1998年6月22日当院受診。腹部CTおよびMRIにて右腎後面に10×10 cm の，隔壁を有する多房性のcystic な腫瘍を認めた。画像所見および臨床経過から，原発性腸腰筋膿瘍と診断し，1998年7月4日，超音波ガイド下経皮的ドレナージ術を施行した。穿刺吸引された膿汁の培養では，黄色ブドウ球菌が検出された。膿瘍腔は大腰筋，腸骨筋，膀胱周囲閉鎖腔，さらには腎筋，腹直筋にまで進展しており，経皮的ドレナージ後も膿汁の流出が続き，CT でも残存膿瘍腔を多数認めたため，1998年8月20日，膿瘍切除および切開排膿術を施行した。術後経過は比較的良好で，膿瘍の再発は認めていない。本症例のごとく，広範囲に及んだ多房性の膿瘍に対しては，経皮的ドレナージのみでは不十分で，膿瘍切除術が必要と考えられる。

若年者にみられた冷膿瘍の1例：池田朋博，富岡厚志，雄谷剛士，趙 順規，仲川嘉紀，平尾彦彦（奈良医大） 28歳，男性。家族歴に父の肺結核がある。1997年12月頃より左側背部痛，持続的な微熱を認めていたが放置。1998年4月右陰嚢内有痛性腫瘤を主訴に近医受診。腹部CTで右腸腰筋部冷膿瘍認め当科紹介受診。喀痰結核菌検鏡でGaffky 2号を認め，入院後4剤併用抗結核療法（SM，PZA，RFP，INH）を施行するも6月中旬より右腸腰筋部膿瘍の拡大，右陰嚢部の自壊，肺結核の急性増悪が相次いで出現したため，各々に対しドレナージ施行。7月下旬までに症状著明に改善したが，8月下旬右背部痛出現。腹部CTで右腸腰筋部膿瘍の拡大を認め，再度ドレナージ施行し現在に至る。最近の若者年の結核罹患率は，必ずしも減少傾向になく今後注意を要する。若年者にみられた冷膿瘍の1例を経験したので，最近の結核の動向と併せて報告した。

腹部大動脈瘤破裂をきたした後腹膜膿瘍の1例：佐藤 尚，川喜田睦司，三上 修，松田公志（関西医大），山田 斉，今村 敦，上山泰男（同外科），佐藤仁彦，中谷 浩，松下嘉明（うえに） 54歳，男性，主訴，右腹部痛。既往歴，右尿管結石手術，糖尿病，精神分裂

病。1998年6月初めから食欲低下，右側腹背部痛出現。6月6日，39℃の発熱も認め，近医受診。単純CTにてガス産生菌による右腸腰筋膿瘍が疑われ，6月22日穿刺。血性排液を認めてステントを留置。6月26日当科転院。造影CTで大動脈周囲に膿瘍形成を認めた。排液培養からサルモネラ菌検出。カラードップラーエコーにて大動脈瘤破裂を確認。7月3日当院外科転科，右鎖骨下動脈，両側大腿動脈バイパス術，左腰部斜切開にて，経後腹膜的大動脈切除術施行。下大静脈直上に膿瘍腔を認め，術後，持続洗浄を行った。7月13日ドレーン造影にて十二指腸穿孔を認めたが，自然軽快した。

後腹膜リンパ節に対する経下大静脈的超音波検査法の経験例：本郷吉洋，木山 賢，秋田康年（大津赤十字） 後腹膜膿瘍に対する画像診断として経腹的超音波検査法や腹部CT，腹部MRなどがあるが，微小な病変を検出しきれないことがある。そこでわれわれは腎腫瘍の2症例に対して超音波検査法を経下大静脈的に施行した。下大静脈造影にひきつづき，6Fr 血管造影用カテーテルイントロデューサー内にアロカ社製血管用超音波診断装置SSD-550のエコープローブを挿入した。周波数10～20 MHz とし，このエコープローブを回転させることにより，下大静脈周囲を横断像として描出した。経下大静脈的超音波検査法により，径2～3 mm 以上の下大静脈周囲リンパ節が検出された。また後腹膜リンパ節の下大静脈への直接浸潤の有無を検索する上でも有用と思われた。経下大静脈的超音波検査法は，従来の画像診断に比べより微小な後腹膜リンパ節を検出しうる可能性が示唆された。

原発性尿管上皮内癌の1例：植田知博，野口智永，山中幹基，吉村一宏，小角幸人，奥山明彦（大阪大），宮川 康（国立大阪） 症例は76歳，男性。主訴は肉眼的血尿。既往歴，両側腎結石。現病歴。1997年5月頃より凝血塊を伴う肉眼的血尿を認め，近医にて両側腎盂尿細胞診採取するも陰性。逆行性腎盂造影および膀胱生検にても異常所見なし。間欠的に肉眼的血尿が続くため，当科入院となった。左腎盂尿細胞診は3回中2回陽性，右は3回とも陰性であった。逆行性腎盂造影にて尿管の狭窄像を認めた。腹部CTにてわずかに壁肥厚を認めるが，明らかな腫瘍は指摘出来なかった。腹部MRIにて左尿管壁は肥厚し壁およびその周囲が造影された。経尿道的膀胱粘膜生検は陰性であった。以上より左尿管癌と診断し，左腎尿管全摘術を施行した。病理組織学的所見は尿管上皮内癌であった。術後4カ月を経た現在まで再発を認めていない。

内反型発育を示した尿管腫瘍の1例：河 源，相馬隆人，渡部淳，飛田収一（京都市立），鷹巢晃昌（同病理） 67歳，男性。1998年2月から無症状性血尿を認めていた。6月に当科受診，逆行性尿管造影で，右中部尿管に陰影欠損像を認めた。カテーテル尿細胞診クラスⅣ。右尿管腫瘍と診断，9月に右腎尿管全摘除術を施行した。有茎性の，2.2×0.8 cm の腫瘍が認められた。腫瘍表面は，健常な尿管粘膜と同様に平滑であった。病理組織学的検討では，腫瘍全体を覆う正常の移行上皮層が認められた。腫瘍内部は，7層以上の，軽度異型性を有する移行上皮細胞で満たされていた。腫瘍発育様式が内反型の，移行上皮癌G1，pT1と診断した。術後3カ月まで再発などは認めていない。上部尿路における内反型増生腫瘍は稀であるが，良性腫瘍とされる内反性乳頭腫（inverted papilloma）のほかにも，内反型増生を示す移行上皮癌の報告例もみられる。本症例は，本邦において11例目と思われた。

尿管癌肉腫の1例：上仁数義，牛田 博，九嶋麻優美，小泉修一（宇治徳洲会），岡田裕作（滋賀医大） 59歳，女性。膀胱炎症状を主訴に当院受診。DIPにて左珊瑚状結石と左無造影腎を認めた。RPにて尿管口より突出する白色ポリープと22 cm の陰影欠損を認めた。腎尿管全摘除術施行。尿管腔内に3本のpolypoid 腫瘍が存在し，先端はnecrosisを伴っていた。病理診断は未分化移行上皮癌と軟骨肉腫成分と骨肉腫成分を伴いかつそれらが混在したheterologous carcinosarcoma，pT3，pN0，M0であった。Meyerの分類ではcomposition tumorに相当した。術後2カ月で膀胱内，骨盤内に再発し，骨盤内臓全摘を施行するも術後約6カ月で死亡した。病理解剖では骨盤腔内全体に癌肉腫が小腸を巻き込むように存在していたが，遠隔転移は肺・肝に多発微少転移のみであった。尿管の癌肉腫の報告例は少なく，自験例は11例目（本邦5例目）にあたる。

両側尿管アミロイドーシスの1例：山田裕二，武中 篤，山中 望（神鋼），大野三太郎（大野泌尿器科） 49歳，女性。1997年10月頃より肉眼的血尿，下腹部痛を認め，近医泌尿器科を受診。IVPにて右水腎症，膀胱鏡にて右尿管口周囲に浮腫状病変を認め10月28日当科紹介。入院後膀胱病変に対しTURを施行。病理組織診はChronic cystitisで一旦経過観察としたが，同年12月6日肉眼的血尿，下腹部痛の増悪を認め再診。膀胱鏡では前回TUR部を含め異常を認めなかったものの，IVPでは両側水腎症を認め，RPにて右中下部尿管，左中部尿管に狭窄を認めた。尿細胞診，尿管鏡下生検では悪性所見を認めず，腹腔鏡下生検を施行。病理診断は尿管アミロイドーシスで，1998年2月10日両側尿管部分切除術，回腸利用両側尿管再建術を施行した。尿管アミロイドーシスの術前診断はきわめて困難とされるが，自験例では腹腔鏡下生検が有効であった。

尿管瘤内結石の1例：後藤隆康，新井浩樹，佐藤英一，西村健作，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察） 66歳，男性。1995年11月に排尿困難，排尿終末時痛を主訴に受診。超音波検査，DIP，膀胱鏡にて両側尿管瘤および右尿管瘤内に19×12の結石を認めた。まず体外衝撃波破碎術で小結石にした後，経尿道的に尿管瘤に小切開を加え結石を摘出した。結石成分は，炭酸カルシウム94%，磷酸カルシウム6%であった。術後，結石の再発およびVURを認めていない。近年，単純性尿管瘤の治療は経尿道的手術が主流である。特に尿管瘤内に大きな結石を合併した症例では，術後VURが問題となる。今回われわれは，体外衝撃波破碎術により小結石にした後，尿管瘤に小切開を加え結石を摘出し，術後VURの発生を抑えることができたと思われたので報告した。

側腹部筋肉内に転移をきたした移行上皮癌の1例：吉田浩士，吉村耕治，河瀬紀夫，瀧 洋二（公立豊岡） 69歳，男性。1987年から1997年にかけて尿路移行上皮癌（膀胱，左腎盂，右下部尿管，右中部尿管にて繰返し加療を受けていた。1998年6月より側腹部腫瘍，疼痛をきたし画像上右腎後側方の筋層に腫瘍を認めた。他への転移は明らかでなく，この腫瘍の切除を行った。腫瘍は筋層内に存在し22g，最大径35mm，内部に暗赤色液を貯留し，線維性の被膜の中に乳頭状の増生がありこの部分は移行上皮癌G3であり，筋層への尿路上皮癌転移と考えられた。内容液の術野への漏れがあり術後この部分に60Gyの放射線照射を行い3カ月間再発兆候を認めていない。過去の開放手術創やドレーン刺入部と発生部位は異なり，単発に筋転移を起こした原因は不明である。癌の横紋筋転移は稀で，尿路上皮癌については過去5例の集計，報告があるのみであった。

同側腎無形成を伴った精囊異常拡張症の1例：前田浩志（川崎） 61歳，男性。肉眼的血尿を主訴として1998年9月に当科受診。超音波検査にて膀胱後部に嚢胞状の腫瘍あり。IVP，CTで右腎は無形成と考えられた。膀胱鏡では右尿管口は欠如，右三角部は形成不全であった。MRIでは内容は陳旧性の血腫と考えられた。精囊造影では右精囊の異常拡張症を認め，左精囊は無形成であった。嚢胞穿刺を勧めるも本人が拒否したため外来にて経過観察中である。

診断に苦慮した尿管瘤内腫瘍の1例：日向信之，原 章二，後藤章暢，山中邦人，原 勲，藤澤正人，郷司和男，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大），埴岡啓介（同病理部） 66歳，男性。1998年5月早期胃癌のため近医入院中，肉眼的血尿を認め，同泌尿器科受診。膀胱鏡にて膀胱右後壁に壁外からの圧迫と考えられる粘膜面は正常な隆起性病変を認めた。胃癌に対して幽門側胃切除術を行った際に，生検を施行，扁平上皮癌を認めた。膀胱腫瘍を疑い，手術的に当科に転院。精査の後，直腸低位前方切除術，膀胱全摘出術および一侧合流式尿管皮膚瘻造設術を施行した。病理学的組織診断は尿管瘤内の移行上皮癌，および扁平上皮癌であった。術後M-VACによるadjuvant chemotherapyを開始したが，1クール終了時に多発性肝転移を認めている。本邦報告尿管瘤内腫瘍は自験例を含め8例目であった。

放射線療法併用COMPACT動脈内注入化学療法により完全寛解が得られた巨大膀胱腫瘍の1例：山崎俊成，玉置雅弘，上田朋宏（公立甲賀），山内民男（北野） 64歳，男性。1998年4月17日に肉眼的血尿および頻尿で当科受診。家族歴，既往歴に特記すべきことはない。巨大乳頭状膀胱腫瘍を認め，4月22日に経尿道的膀胱腫瘍切除術施行（切除量165g）。画像所見ならびに組織学的に局所浸潤性膀胱癌

（TCC，G2，T1b）の診断のもと，残存腫瘍に対して，局所放射線療法（1Gy/日×5/コース）を併用したCDDP，VCR，MTX，PEP，ADRの5剤併用動脈内注入化学療法を計3コース施行した。カテーテル先は総腸骨動脈分岐部，ポートは鼠径部に留置した。7月9日に膀胱鏡下生検を施行し病理組織学的に完全寛解と判定した。12月現在，再発，転移を認めていない。

Down症候群に発生した膀胱癌の1例：川喜多繁誠，芦田 眞（野江），佐藤 尚，川喜田陸司，松田公志（関西医大） 51歳，男性。Down症候群（転座型21トリソミー），肉眼的血尿を主訴に1997年5月29日紹介受診。画像診断，尿細胞診にて膀胱移行上皮癌T3bN1M0と診断。MVAC療法施行するも精神発達遅延による治療は難渋，膀胱刺激症状も強く1997年8月25日全身麻酔下に膀胱全摘除術回腸導管造設術施行。病理結果はT.C.C.，G3，pT4，INF-β，pL2，pV1，pR0であった。術後持続勃起症をきたし陰茎切断術施行（陰茎転移），肺転移，骨転移，皮膚転移をきたし，術後約1年に死亡。Down症候群の2大死因は先天性心奇形，感染症であり，悪性疾患の発生としては白血病が一般の3～50倍である。Down症候群に発生した腫瘍報告では77例目，膀胱癌，移行上皮癌ということでは1例目であった。長期生存例の増加に伴い各種悪性腫瘍の発生が増加すると考えられる。

膀胱が原発と考えられる未分化癌の1例：坂本信宜，杉村一誠，池本慎一，岡田 昇，山本啓介，岸本武利（大阪市大），山本晋史，榊田周佳，福島昭治（同第一病理） 68歳，男性。1997年7月末より左下腹部痛，排尿困難，排便困難を認めていた。他院での膀胱生検で，低分化移行上皮癌と診断された。膀胱腫瘍，直腸，S状結腸浸潤，右水腎症と診断され，動注化学療法を施行された。一時症状軽快するが，1998年7月7日イレウス症状出現し，当院入院となった。7月28日右水腎症に対して腎瘻造設。その後，骨盤内に計40Gyの放射線療法を行ったが症状改善せず，9月6日死亡した。翌日剖検施行した。剖検所見では，膀胱後壁に約10mm大の隆起性病変を認め，著明な線維性肥厚とその間を埋めるように未分化な腫瘍細胞が存在した。また，後腹膜に広範囲に浸潤し，特に，右腎盂尿管移行部に一部，リンパ管内に浸潤する塊状をなすG3の移行上皮癌を含んでいた。

膀胱原発の未分化癌（非小細胞型）の1例：池田浩樹，前澤卓也，片岡 晃，金 哲将，林田英資，新井 豊，朴 勺，岡田裕作（滋賀医大） 66歳，男性。肉眼的血尿を主訴として入院。膀胱タンポナードに加え，腎機能も急速に悪化し，無尿となった。CT上膀胱三角部壁に肥厚と膀胱内の凝血塊が確認できたが，両腎はごく軽度の水腎症を示すのみであった。根治的膀胱全摘除術・両側尿管皮膚瘻術施行。術後，腎機能は回復し，腎後性腎不全と判断された。病理所見では，腫瘍組織は未分化で，個々の細胞は大きく，核は卵形で細胞質の中心に存在していた。免疫組織化学にて一部の細胞のみが，NSE，クロモグラニンA陽性で，神経内分泌細胞に分化しており，膀胱原発未分化癌（非小細胞型）と診断され，病期はpT3bN2M0であった。膀胱原発未分化癌（非小細胞型）は稀で，自験例が本邦第3例目と考えられた。

膀胱小細胞癌のリンパ節転移にMEP療法が著効した1例：辻 秀憲，田原秀男，禰宜田正志，永井信夫（耳原総合） 67歳，男性。膀胱腫瘍に対し1995年7月膀胱全摘，回腸導管造設術を施行した（病理診断：small cell carcinoma，pT3b，N0，M0）。術後M-VAC療法を2クール行った。3カ月後両大腿部痛が出現，歩行困難となり再入院となった。CTで骨盤内に13×9cmと8×6.5cmの巨大リンパ節転移を認め，MEP療法を3クール施行したところCRが得られた。以後約2年間再発，転移を認めていない。膀胱原発小細胞癌は，自験例が本邦で32例目となる。high stageで発見される症例がほとんどで予後は不良であるが，遠隔転移は比較的少なく，原発巣の積極的な外科的治療が重要である。さらに補助療法として放射線療法なども含めた集学的治療を行うことが必要となるが，化学療法に著効例があり，特にエトポシドの併用は有用であると考えられた。

膀胱全摘除術後12年目に尿道断端に再発した膀胱癌の1例：高尾徹也，高田晋吾，菅尾英木（箕面市立），長船匡男（長船クリニック） 73歳，男性。1986年6月，多発性膀胱腫瘍に対し膀胱尿道全摘除術と

一側合流尿管皮膚瘻造設術を施行した。病理組織は TCC, G3, pT4 であった。術後補助療法は施行しなかったが再発なく経過していた。術後12年目の1998年3月頃、陰茎腫瘤に気づき同年7月当科受診した。MRI では尿道舟状窩付近に T1 強調画像で淡い高信号, T2 強調画像で低信号の腫瘤を認め、吸引細胞診で膀胱癌の尿道断端再発と診断し、7月16日腰椎麻酔下に陰茎部分切除術を施行した。病理診断は TCC, G3 であった。切除断端は腫瘍を認めなかった。術後の全身検索で他部位に転移を認めないため、経過観察していたが、陰茎部分切除後5カ月目に鼠径リンパ節転移を認め M-VAC を施行している。

膀胱粘膜下腫瘍と思われた魚骨による膀胱壁肉芽腫の1例: 武藤由香子, 南マリサ, 井上 亘, 村田庄平, 内田 陸 (松下記念) 症例は、68歳、男性。1998年5月頻尿・排尿時痛で当科受診。尿検査で血尿が認められた以外、血液生化学検査・腫瘍マーカー・尿培養・尿細胞診に異常は認められなかった。膀胱鏡にて頂部から膀胱後壁にかけて表面が黄色・濾胞状の隆起性腫瘍が認められた。骨盤部造影 CT では術後の再検討で判明したが、魚骨に特徴的な高濃度の線状物が認められた。膀胱粘膜下腫瘍の診断のもと腫瘍を含めた膀胱部分切除術を施行した。摘出標本は、大きさ 5.5×5.0×3.0 cm, 重量 75 g で、断面の中心部は嚢胞状壊死組織で、その中に 1.5 cm の魚骨が認められた。病理診断は、膀胱壁炎症性肉芽腫であった。魚骨により膀胱周囲膿瘍ないし膀胱壁肉芽腫を形成する報告は稀で、これまで自験例を含め本邦20例であった。

心因性多飲症による巨大膀胱の1例: 辻本裕一, 岡 聖次, 藤井孝祐, 宮川 康, 高野右嗣, 安永 豊, 高羽 津 (国立大阪), 高野真美 (同内科), 岩佐 厚 (岩佐クリニック) 30歳、女性。1998年5月頃から下腹部鈍痛が時々出現し、当科を受診。IVP では腎盂、尿管の拡張や残尿を認めなかった。MRI では臍部を越える巨大な膀胱を認めた。膀胱内圧測定では初発尿意が 200 ml, 最大尿意が 825 ml で、尿流測定では最大尿流量が 38.0 ml/秒, 排尿時間が56秒, 排尿量が 1,193 ml であった。極度の多飲・多尿と尿比重の低下を認めたが、電解質・ADH は正常であった。水制限試験により「血漿浸透圧」<「尿浸透圧」となった。巨大膀胱は心因性多飲症による多尿が原因と考え、飲水制限にて治療中である。精神病患者以外での報告例は稀で、自験例が本邦第1例目であった。巨大膀胱の鑑別診断として心因性多飲症も念頭に置く必要があると思われた。

組織学的に結核性と考えられた感染性尿管管嚢胞の1例: 藤本健, 明山達哉, 上甲政徳, 三馬省二 (県立奈良), 田中宣道 (榛原総合) 症例は62歳、男性。肺結核の既往なし。頻尿を主訴に1998年2月6日受診。膀胱鏡にて膀胱頂部に結節状の腫瘤が認められたが、粘膜面には異常は認められなかった。MRI など諸検査にて尿管管嚢腫が否定できず、4月30日、尿管管摘除および膀胱部分切除を施行した。切除標本は 180 g で、内容液は黄緑色膿性であった。病理組織所見では、嚢胞内腔面に乾酪壊死および肉芽が認められ、ラングハンス型巨細胞が散在していた。チールニールセン染色は陰性であったが、パラフィン包埋組織を用いた PCR 法にて結核菌遺伝子が検出された。以上の所見より、結核性尿管管嚢腫と診断した。結核性尿管管嚢腫の報告は、われわれが調べたかぎりでは1例もなかった。最近、結核性疾患は増加傾向にあり、感染性疾患に対しては結核性疾患を念頭におく必要がある。

前立腺高温度治療による合併症の1例: 能勢順仁, 辻本幸夫 (聖徳) 72歳、男性。主訴は尿道出血及び下腹部膨隆。1997年11月6日内科医院で経尿道的前立腺高温度治療を施行。バルーンカテーテル留置後も尿道出血が持続。1週間後同院でカテーテルを交換、帰宅するも下腹部膨隆のため近医を受診。カテーテルの交換を試みたが不可能のため当院を紹介された。尿道ブジー後マンドリンを使用し 18F バルーンカテーテルを留置した。11月18日の尿道鏡で球部尿道に偽尿道を認め、膜様部尿道から約 6 cm 遠位の振子部尿道は壊死した粘膜で覆われていた。バルーンカテーテルを20日間留置後、尿道出血が消失したためカテーテルを抜去した。抜去後排尿状態は良好で残尿を認めなかった。1998年6月27日の UCG では球部尿道と振子部尿道に軽度の狭窄を認めるも排尿困難はなく経過観察をしている。事故の主因は治療用チーマンカテーテルが膜様部尿道で屈曲し振子部尿道で加温されたと考えられる。

救命しえなかった、広汎な壊死を伴うフルニエ症候群の1例: 三浦克紀, 小林 恭, 松井喜之, 藤川慶太, 福澤重樹, 添田朝樹, 竹内秀雄 (神戸中央市民) 51歳、男性。感冒様症状。下痢、腹痛を主訴に近医受診し急性腸炎を疑われ入院した。翌日筋性防御出現、敗血症性ショック, DIC となり当院に転送された。陰嚢は黒色に壊死しており、CT にて膀胱直腸周囲、腹壁皮下組織、後腹腔腔にガス像を認めた。フルニエ症候群と診断し、会陰壊死部のデブリドマン、開腹ドレナージを行った。膿性腹水が貯留し小腸の一部にも壊死が及んでいたが、全身状態が悪く腸切除を断念せざるを得ず、29時間後多臓器不全により死亡した。病理標本では壊死組織中にグラム陰性桿菌の菌塊を多数認め、*Bacteroides fragilis*, *α-Streptococcus*, *Enterococcus faecalis* が培養された。本疾患は適切な治療がなされなければ致死率の高い疾患であり、早期の診断が重要であると考えられた。

尿道全周をとり囲んだ女子尿道憩室の治療経験: 玉田 聡, 吉田直正, 伊藤 聡, 岩井謙仁 (和泉市立), 川嶋秀紀, 井口太郎, 杉田省三, 内田潤次, 仲谷達也, 山本啓介, 岸本武利 (大阪市大) 症例1は36歳、女性。主訴は会陰部痛。症例2は49歳、女性。主訴は排尿、排便時陰部痛。各種画像検査により2例とも尿道全周をとり囲んだ尿道憩室と診断し、経陰的憩室摘除術を施行。症例1は憩室口が完全に閉鎖できたため再発を認めていない。症例2は術中、術前に確認した憩室口以外に憩室口の存在が疑われ、経過観察していたところ憩室の再発を認めた。再発した憩室は尿道の恥骨側にあり、また憩室口が膜様部尿道にあるものと考えられた。経陰的穿刺によりミノマイシン注入を試みたが疼痛のため中止した。手術も困難であると考えられ治療に苦慮している。女子尿道憩室は本邦で200例以上が報告されているが、憩室再発についての報告は見られていない。

排尿時痛と尿失禁を呈した女性尿道憩室の1例: 北内誉敬, 木村昇紀, 吉川元祥 (岡波総合) 42歳、女性。1997年7月頃より排尿時痛と尿失禁を自覚し、1997年12月当科受診。尿検査にて白血球を中等度認め、抗生剤を投与したが改善しなかったため、精査を施行したところ、DIP, 尿道造影にて尿道のほぼ全周を取り囲む尿道憩室を認め、尿道鏡にて、尿道7時の方向に尿道憩室開口部を確認した。1998年8月11日、経陰的アプローチによる尿道憩室全摘除術を試みたが、憩室周囲の癒着が強く、憩室部分切除術と憩室開口部結紮術のみを施行した。病理組織診では強い炎症所見を認めるのみで、悪性所見を認めず、尿道憩室と診断した。術後排尿時痛および尿失禁は消失し、また術後の尿道造影にても憩室の再発を認めていない。

尿道周囲に発育した女子尿道憩室の1例: 宮武竜一郎, 畑中祐二, 加藤良成, 井口正典 (市立貝塚) 48歳、女性。1年前から時々排尿終末時痛が出現。1カ月前より排尿終末時痛が増強してきた。内診では陰前壁において尿道の左外側に母指頭大の軟らかい腫瘍を認め、圧迫により黄色の排膿あり。経陰エコーでは尿道周囲に cystic lesion を、CT では三日月状に尿道を取り囲むような嚢腫を認めた。MRI 矢状断において嚢腫は膀胱頸部・外尿道括約筋付近に位置していた。尿道憩室と診断し1998年7月6日経陰的尿道憩室摘除術を施行。尿道周囲、膀胱頸部付近の憩室壁の剝離は慎重に行った。病理診断では組織の上皮はほとんど脱落していたが一部に移行上皮が見られ、リンパ球主体の慢性炎症所見が見られた。術後、尿失禁、尿道腔狭などの合併症なく順調に経過した。

女子尿道憩室結石の1例: 種田倫之, 荒木勇雄 (国療宇多野) 52歳、女性。29歳時より多発性硬化症による Th7 以下の弛緩性対麻痺、膀胱直腸障害があり、1998年1月に尿失禁と抗生剤抵抗性の尿路感染症で当科受診。導尿の際尿道内で石様状の抵抗があり、種々の画像診断にて尿道憩室結石と診断した。ウロダイナミック検査上、膀胱は著明なロー・コンプライアンスで収縮を認めなかった。無麻酔下に経陰的に結石および憩室の摘出術を施行した。摘出結石は1個で、35×31 mm, 成分はリン酸マグネシウムアンモニウム66%とリン酸カルシウム34%から成る混合結石であった。憩室壁に悪性所見を認めなかった。術後尿道カテーテル再留置にて10カ月経過し、多発性硬化症の進行にて完全四肢麻痺となったが、排尿上のトラブルはみられない。

三尖弁への転移を認めた精巣腫瘍の1例: 白石 匠, 中内博夫, 乾恵美, 岡田晃一, 野本剛史, 邵 仁哲, 沖原宏治, 中川修一, 三木恒

治（京府医大），荒木博孝（済生会滋賀） 22歳，男性。1998年2月，右陰嚢部腫脹を主訴として当科受診。精巣腫瘍の診断のもと，右高位精巣摘除術を施行した。（術前腫瘍マーカー，AFP 3,834，HCG- β 1.4）腫瘍は径 16.8×11.2×10.8 cm，重量は 1,630 g であった。病理組織学的検討では immature teratoma と embryonal carcinoma を含んだ teratocarcinoma であった。外来にて経過観察中 AFP の再上昇，また画像上肺野および右腸腰筋前方に腫瘤を認めたため，同年7月化学療法目的にて当科入院となった。化学療法中，高度の発熱を認め，また心臓超音波にて三尖弁に腫瘤を認めたため，三尖弁腫瘍摘出術を施行した。病理組織学的検討では immature teratoma であった。術後4カ月を経過し，現在化学療法を施行中である。

右鼠径リンパ節転移により発見された精巣腫瘍の1例：芝 政宏，木内 寛，目黒則男，前田 修，細木 茂，木内利明，黒田明男，宇佐美道之，古武敏彦（大阪成人病セ） 37歳，男性。主訴は右鼠径リンパ節腫瘍。右停留精巣の既往があり，13歳時，精巣固定術施行。34歳時，右精巣上体炎，萎縮精巣を認め，今後の精巣腫瘍発生の可能性を考え，精巣摘除術施行。病理組織診断では悪性所見は認めなかった。3年後の1998年8月，右鼠径リンパ節の腫瘤を自覚。生検にて転移性胚細胞腫瘍と診断。組織は胎児性癌，奇形腫，精上皮腫の混合型であった。健側精巣には異常を認めず，血液検査では，精巣腫瘍マーカーはすべて正常値内であった。また，画像診断にても明らかな原発巣，転移巣は認めなかった。陰嚢内手術の既往があり，鼠径リンパ節が精巣腫瘍の所属リンパ節に含まれることから，精巣腫瘍の鼠径リンパ節転移を最も疑い，現在，化学療法，BEP 施行中である。

両側精巣腫瘍の1例：杉田省三，垣谷裕子，張本幸司，田部 茂，金澤利直，柏原 昇（吹田市民） 症例は，56歳，男性。既往歴に両側副睾炎，前立腺炎，悪性関節リウマチ。左陰嚢部の腫脹および疼痛を主訴に来院。触診にて両側精巣に硬結を認め，また左精巣に軽度圧痛を認めた。超音波検査，CT にて精巣腫瘍もしくは精巣膿瘍が疑われたため両側高位精巣摘除術を施行した。摘出標本は，剖面より黄白色の膿の排出を認め，病理組織学的には両側精巣膿瘍であった。起因菌は検出されず，感染経路は，既往に両側副睾炎，前立腺炎があることより逆行性感染が考えられた。

高位精巣摘除術後の経過観察中に肺単独転移を認めた非精上皮腫の1例：木内 寛，芝 政宏，目黒則男，前田 修，細木 茂，黒田昌男，木内利明，宇佐美道之，古武敏彦（大阪成人病セ） 患者は26歳，男性。1998年3月より右有痛性陰嚢内容の腫大を自覚し，近医を受診。当科にて右陰嚢内容が 10×6 cm に腫大し，LDH，AFP が高値を示したため，右精巣腫瘍の診断のもと，右高位精巣摘除術を施行。病理組織像は yolk sac tumor を主とする immature teratoma，embryonal carcinoma の3種の混合性精巣腫瘍の診断。CT にて右肺に径 8 mm の mass を認めたが，肺転移と確定できず，外来にて経過観察していた。2カ月後の CT にて 10 mm に増大し，新たな mass を認めたため，精巣腫瘍の肺転移と診断し，PEB を2クール施行。肺転移巣の縮小率は85%。PEB 3クール終了後，肺転移巣が残存していれば外科的手術を行い，なければ経過観察していく予定。

片側精巣に孤立性再発をきたした悪性リンパ腫の1例：加藤研次郎，岡本圭生，金 哲将，林田英資，吉貴達寛，朴 勺，岡田裕作（滋賀医大） 29歳，男性。26歳時に右下顎原発 stage I の non-Hodgkin's lymphoma (NHL)，diffuse large に対し，CHOP 療法2コースと放射線療法（50 Gy）を施行された。1998年2月右陰嚢内容の無痛性腫脹を自覚し，当科初診。右精巣腫瘍との術前診断にて，右高位精巣摘除術を施行した。摘出標本は剖面黄色・石様硬で周囲との境界明瞭で径 2 cm の充実性腫瘍を右精巣下極に認めた。病理診断は NHL，diffuse large であった。全身検索上他に転移巣認めず，右下顎原発の悪性リンパ腫の右精巣孤立性再発と診断した。現在，PBSCT 併用下の超大量化学療法中である。節外性原発の悪性リンパ腫（stage I）に対する化学療法後に陰嚢内容の腫脹をきたした場合，精巣内再発も念頭に置く必要があると考えられる。

精巣腫瘍で発見され副腎不全を伴った悪性リンパ腫の1例：時実孝至，本城 充，高寺博史，寺川知良（八尾徳洲会），原田博雅（同内科） 66歳，男性。1994年に膀胱癌。1998年6月に左無痛性陰嚢腫大で受診。超音波で左精巣水腫と両側の萎縮精巣内に低エコー巣，CT

で後腹膜リンパ節腫大，両側副腎腫大あり。精巣腫瘍 stage III の診断で左高位精巣摘除を施行。非ホジキンリンパ腫，diffuse large cell，B cell type であった。7月16日より CHOP 療法を開始。全身倦怠感，起立性低血圧，低 Na 血症があり，コーチゾール低値。ACTH 高値，ACTH 迅速・持続負荷に反応せず，Addison 病と診断。Hydrocortisone 補充療法で電解質，ACTH が正常化し倦怠感も改善。CHOP 療法2クールで，右精巣内の mass，両側副腎腫大は消失，後腹膜リンパ節腫大も著しく縮小。現在，3クール目の CHOP 療法終了し経過観察中。悪性リンパ腫の副腎浸潤により副腎機能不全をきたした本邦報告例は10例を認めるのみで稀と考えられ報告した。

精巣悪性リンパ腫の3例：畑中祐二，宮武竜一郎，加藤良成，井口正典（市立貝塚） 主訴は全例無痛性陰嚢腫大。精巣腫瘍の診断のもと高位精巣摘除術を施行した。症例1は68歳，stage IEA，diffuse large cell type。CHOP 療法3クール施行後3年6カ月再発なし。症例2は58歳，stage IEA，diffuse medium，B-cell type。精索に浸潤あり，CHOP 3クール施行後，放射線療法 36 Gray 追加し1年経過も再発認めず。症例3は77歳，diffuse medium，T-cell type。肺門部に 3×1.5 cm のリンパ節腫大を認め，stage IIIIEA の可能性があるため CHOP 療法施行中。精巣悪性リンパ腫は高齢者に多く，当院では50歳以上の精巣腫瘍患者の50%（6例中3例）が悪性リンパ腫であった。精巣悪性リンパ腫は文献的に胚細胞腫より予後が悪いため，高齢であるが全例 CHOP 療法3クール施行し，嚴重に経過観察している。

高齢者に発症した精巣腫瘍の1例：相馬隆人，渡部 淳，河 源，飛田収一（京都市立），鷹巢晃昌（同病理） 症例は，74歳，男性。1998年7月前立腺精査希望のため当科受診。前立腺には問題となる疾患を認めなかったが，診察の際偶然右陰嚢内にクルミ大の無痛性硬結を指摘。エコーにて同部位に一部嚢胞状で充実性の腫瘤を認めた。血液検査では，LDH の上昇を認めた。精巣腫瘍の疑いで，右高位精巣摘除術を施行。病理組織診断は，セミノーマで，病期は stage I であった。現在外来で定期的に経過観察中である。検索しえた諸家の胚細胞性精巣腫瘍の臨床統計では，60～69歳の発生頻度は0～2.2%，70歳以上は0～1.4%であった。病理組織は60歳代，70歳代ともにセミノーマがノンセミノーマより多かった。70歳以上の高齢者でも精巣腫瘍を認めることがあり，高齢者の陰嚢部腫脹をみた場合，悪性腫瘍も念頭におく必要があると考えられた。

精巣カルチノイドの1例：藤井令央奈，南方良仁（和医大） 症例は46歳，男性。主訴は左陰嚢内容の腫大および同部の不快感。1998年4月頃より同部位の不快感，疼痛が出現し，左陰嚢内容の腫大を認めた。超音波検査で左精巣内に石灰化陰影を伴った腫瘍性病変を認め，左精巣腫瘍の疑いで高位精巣摘除術を施行した。摘出標本では，左精巣内部に 1.5×2.5 cm の黄白色，充実性で境界明瞭な腫瘍性病変を認め，免疫組織化学染色では，chromogranin，serotonin，NSE に陽性であり，病理組織学的に精巣カルチノイドと診断された。術後排泄性腎盂造影，胸腹部 CT 像では，特に異常所見は認められず，また，術後尿中 5-HIAA は正常範囲内であり，よって本症例は精巣原発と考えられた。本症例は本邦では1981年の森山らの報告以来，われわれの調べたかぎりでは18例目であった。

陰嚢内脂肪腫の1例：植村元秀，井上 均，今村亮一，西村健作，水谷修太郎，三好 進（大阪労災） 72歳，男性。主訴は右陰嚢内容無痛性腫大。1996年12月頃より，右陰嚢内容無痛性腫大を自覚。当院外科にて，右鼠径ヘルニアとして，経過観察されていた。しかし，骨盤部 CT にて，右陰嚢内腫瘍を疑われ，当科紹介受診。右鼠径部から陰嚢内にかけて，軟らかい腫瘤を触知。画像診断にて，陰嚢内脂肪腫を疑い，1998年8月26日，腰椎麻酔下に腫瘤摘出術施行。腫瘤は精管と精巣動静脈との間でこれらを分け入るよう増大していた。周囲組織および精巣と癒着を認めず，剝離は容易であった。摘除標本は 115 g。辺縁は薄い被膜で覆われていた。病理組織学的診断は，良性の脂肪腫であった。現在のところ再発の兆候を認めていない。陰嚢内脂肪腫は自験例を含めて，96例報告されており，若干の文献的考察を加えて報告した。

テレビ会議システムを用いた遠隔医療の試み：今出陽一郎，田中善之（与謝の海），小島宗門（京府医大），伏木マサエ，山本恵美子（京

都府看護協会天の橋立訪問看護ステーション）在宅患者5名に対し、テレビ会議システムを用いた遠隔医療を試みた。機器はパソコン2台とCCDカメラ2個で、1台はノート型を使用した。方法は看護婦がノート型パソコンとCCDカメラを患者宅に持参し、インターネットのテレビ会議システム(CU-SeeMe)にて病院側のパソコンと接続する。この時点でお互いのコンピュータに患者と医師の動画映像が写し込まれる。その映像を見ながら、音声やチャットによる対話を行い、医師は必要事項を患者カルテに記載していく。当方法は、近年各地で試みられているような組織的な遠隔医療システムが不要で、比較的低コストで一般の地域病院で施行可能な方法である。診療報酬に関しては、本年4月より電話再診料として認められたが、今後は画像を扱ったものとして独立した診療報酬が認められることが望まれる。

尿路サルモネラ感染症の1例：前田信之、吉田隆夫（市立芦屋）
32歳、女性。終末時排尿痛と肉眼的血尿を主訴に当科受診。急性膀胱炎の診断で抗菌剤を投与したところすぐに軽快した。初診時の尿培養検査で 10^7 /ml以上の非チフス性 *Salmonella* O9 が検出された。尿路系の精査を施行したが尿路性器に構造異常などは認めなかった。また膀胱炎症状が出現する10日前に下痢、嘔吐、発熱などの胃腸炎症状があったとのことで便中のサルモネラ菌が上行性に感染したものと考えられた。

膀胱タンポナーデをきたした凝固第Ⅴ因子欠乏症の1例：田代孝一郎、上川禎則、石井啓一、竹垣嘉訓、金 卓、坂本 亘、杉本俊門、早原信行（大阪医療セ）、田中一巨、妻谷安津子（同内科）、辻野 孝（明治橋）
64歳、男性。1998年8月頃より肉眼的血尿を認め近医受診。膀胱鏡にて左右尿管口より出血を認めたが画像診断上異常所見は認めず。8月18日、尿閉となり膀胱タンポナーデと診断され当センター紹介入院となった。入院時検査成績では凝固機能の異常が認められ、精査の結果、後天性の凝固第Ⅴ因子欠乏症と診断し、ステロイド

投与による治療を開始した。投与開始後、肉眼的血尿は消失し第Ⅴ因子活性率は回復した。20日目には凝固系の異常は消失して退院となった。第Ⅴ因子欠乏症は稀な疾患で本症例は54例目、本邦では18例目の報告であった。血尿を初発する疾患として本症を含む血液疾患を考慮すべきであると思われた。

ESWL、TUL は尿管結石手術の黄金律か：上島成也（昭和）、吉岡伸浩、西岡 伯、朴 英哲、栗田 孝（近畿大）
33歳、男性、A病院にて右尿管結石に対しESWLとTULを2回施行された。術後尿管狭窄をきたし、B病院にて尿管バルーン拡張術を施行されるも軽快しなかった。当科においても内視鏡的尿管切開術を行ったが治癒せず、Psoas hitch を併用した右尿管膀胱新吻合術を行った。病理学的に尿管狭窄部は粘膜下が異常に肥厚し、同定不明の異物が迷入していた。このような症例を経験し、尿管結石に対する治療はESWLやPNL、TULなどの内視鏡手術が絶対的治療ではなく、尿管再建術など開腹手術に至る可能性も考慮に入れて治療に取り組むべきであると考えられた。

当科におけるESWLの治療成績：金谷 勲、吉田 徹、金 聰淳、伊藤哲之、神波照夫（大津市民）
[目的] 当科では1991年4月にSiemens社製Lithostar plus が導入され、1998年9月までに1,000例を越える結石治療に当たってきたので、その治療成績を報告する。
[対象と方法] 対象は男性767例、女性303例、年齢は7歳から88歳、平均年齢は49.4歳であった。3カ月後の状態で残石なしあるいは4.0mm以下の残石を有効とした。[結果] 腎結石では結石消失率70.6%、有効率90.2%、尿管結石では有効率90.2%、結石消失率94.1%、有効率97.4%であった。術中に鎮痛剤を必要とする疼痛が25.4%、発熱が3%、肉眼的血尿は69.1%の症例にみられた。重篤な合併症として菌血症1例、腎被膜下血腫3例、出血性胃潰瘍1例があったが、すべて保存的な治療で軽快した。